**OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_r.

 miejscowość data

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

 imię i nazwisko pacjenta składającego oświadczenie

PESEL:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

adres zamieszkania:

**OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU DO DOSTĘPU DO INFORMACJI MEDYCZNEJ**

 nie upoważniam nikogo

|  |
| --- |
|  |

 upoważniam do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia/ udzielonych mi świadczeniach

|  |
| --- |
|  |

 medycznych:

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

imię i nazwisko, data urodzenia oraz **numer telefonu** **osoby upoważnianej,**

**OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU DO DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

 nie upoważniam nikogo

|  |
| --- |
|  |

 upoważniam do dostępu do mojej dokumentacji medycznej

|  |
| --- |
|  |

 upoważniam do dostępu do dokumentacji WYŁĄCZNIE w zakresie odbioru

|  |
| --- |
|  |

 recept/ skierowań/ zaświadczeń

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

imię i nazwisko, data urodzenia oraz **numer telefonu osoby upoważnianej**

**Ponadto oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwości cofnięcia/zmianie udzielonego Upoważnienia. Cofnięcie /zmiana Upoważnienia wymaga również formy pisemnej.**

 **- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -**

 **czytelny podpis osoby składającej upoważnienie**